Année 1912 — FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS — N°

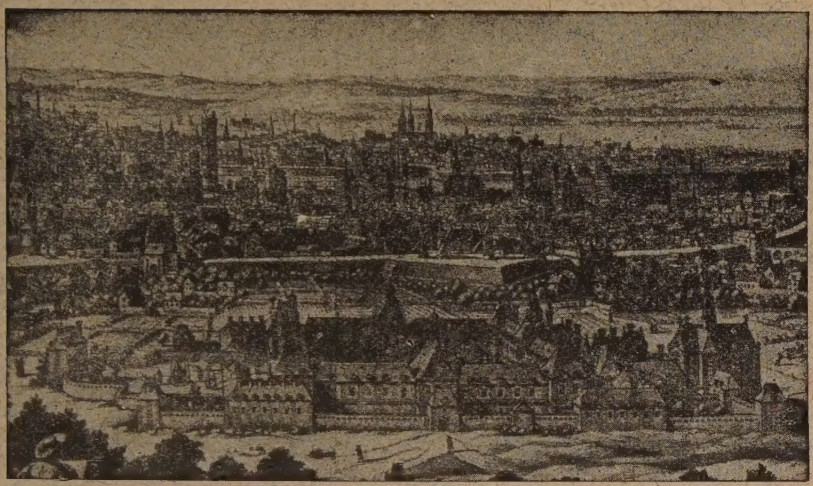
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis BUSSY

Né à Lubersac (Corrèze), le 8 février 1885

32



APPENDICALGIE SATURNINE

ET APPENDICITE

(DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LA COLIQUE DE PLOMB)

Président : M. GAUCHER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

32

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

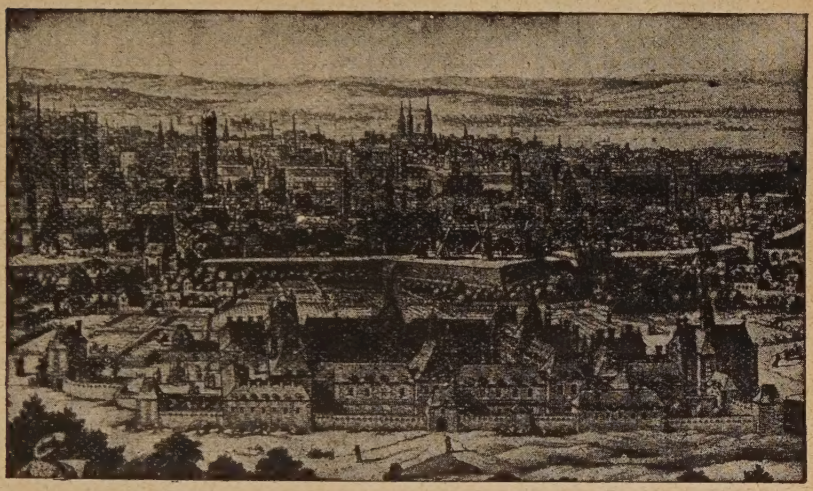
Année 1912 — FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis BUSSY

Né à Lubersac (Corrèze), le 8 février 1885



APPENDICALGIE SATURNINE

ET APPENDICITE

(DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LA COLIQUE DE PLOMB)

Président : M. GAUCHER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE. A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

En terminant nos études médicales, nous adressons à nos maîtres qui nous ont fait profiter de leur savoir et de leur expérience clinique l'hommage respectueux de notre bien vive reconnaissance.

Nous remercions le Dr Malloizel qui fut l'inspirateur de ce travail et nous guida dans nos recherches. Enfin nous prions M. le professeur Gaucher d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

APPENDICALGIE SATURNINE
ET APPENDICITE
(DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LA COLIQUE DE PLOMB)

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'intoxication saturnine chronique et sa plus fréquente manifestation, la colique de plomb, sont connues depuis déjà longtemps. Mais ce n'est qu'au début du siècle dernier que certains auteurs se sont efforcés, par des observations attentives, d'en faire des descriptions aussi complètes et précises que possible.

Grisolle, dans son *Traité de pathologie interne*, a tracé de la colique de plomb un tableau remarquable.

Tanquerel des Planches, dans son *Traité des maladies du plomb*, Leroux, dans sa *Médecine pratique*, Brachet, dans son *Traité pratique de la maladie du plomb* signalent des faits par eux observés de coliques de plomb compliquées de péritonite. Tanquerel signale trois cas dans lesquels la péritonite évolue en même temps que la colique de plomb, et,

dans sa troisième observation, il ajoute : « Nous avons pu observer le développement d'un abcès de la fosse iliaque droite, les derniers jours de la persistance de la maladie. » Leroux avait déjà signalé un fait à peu près analogue qu'il avait exposé sous le titre de « Colique de plomb très aiguë et compliquée d'inflammation ». Mais, à cette époque, l'appendicite n'existait pas encore.

Il y a seulement une dizaine d'années que ces deux affections, appendicite et colique de plomb, ont été rapprochées.

Sergent, le premier, rapporte deux cas, dans *la Presse médicale* du 8 mars 1899, qui ont inspiré la thèse de Laporte. Dans un de ces cas, un peintre en bâtiments entre en accusant des coliques de plomb ; il est soigneusement examiné ; son facies est celui de ce genre d'affection, ses douleurs ne sont spéciales en aucun point, il n'a pas de fièvre, son pouls est régulier ; les signes cliniques sont ceux d'une colique de plomb, et le lendemain même, dans l'après-midi, le malade succombait à une péritonite généralisée.

De ces deux cas, Sergent conclut « à la difficulté et à la nécessité d'établir, chez un saturnin avéré, le diagnostic entre l'appendicite et la colique de plomb ». Puis il se demande, sans résoudre la question, si l'absorption du plomb par le tube digestif n'est pas suffisante pour créer des lésions inflammatoires intestinales et particulièrement appendiculaires, en sorte que l'appendicite serait dans certains cas une complication de la colique de

plomb ou une manifestation du saturnisme chronique.

La même année, Legendre rapporte trois cas intéressants : dans les deux premiers, le diagnostic entre la colique de plomb et l'appendicite était difficile ; dans le troisième, il semble qu'une appendicite ait succédé immédiatement à la période d'état d'une colique de plomb et, à ce propos, l'auteur se demande si l'appendicite n'a pas eu pour cause déterminante un purgatif drastique agissant sur un intestin irrité par une intoxication chronique.

Dans sa thèse, Galliot a repris tous ces faits en y ajoutant quelques observations.

Quelque temps après, Bernard étudie, dans sa thèse, les diverses formes cliniques de la colique de plomb et insiste sur la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer une appendicite de certaines formes localisées de coliques de plomb, en particulier, de la forme iliaque dans laquelle les symptômes siègent nettement à la fosse iliaque droite.

En 1903, cette question fait l'objet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux où MM. Florand, Mathieu, Apert rapportent des observations intéressantes sur des malades opérés pour appendicite et chez lesquels on trouve un appendice absolument sain : il s'agissait de colique de plomb ou d'appendicalgie.

Dans les ouvrages classiques, il est à peine fait mention du diagnostic de la colique de plomb avec l'appendicite. M. Letulle, dans son article du *Traité*

de Médecine, signale seulement l'appendicite comme cause d'erreur à côté de la colique hépatique, de la colique néphrétique et de l'étranglement interne. M. Guinard, à propos du diagnostic de l'appendicite dans *le Traité de Chirurgie* de Delbet et Le Dentu, divise en deux groupes les affections susceptibles d'être confondues ; la colique de plomb est rangée dans le groupe des « maladies accompagnées de coliques, de vomissements » à côté de la colique hépatique et de la salpingite.

Nous avons recherché ce qui avait été dit et publié dans ces dernières années sur la question. M. le Dr Malloizel, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, nous a fourni quelques observations personnelles que nous avons ajoutées à celles qui avaient été déjà recueillies.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'étudier le diagnostic différentiel entre la colique de plomb et l'appendicite, nous allons rappeler brièvement le tableau clinique de ces deux affections.

§ 1. — Symptomatologie de la colique de plomb

La colique de plomb est une des manifestations les plus fréquentes de l'intoxication saturnine ; quelquefois très précoce, apparaissant après quelques jours seulement d'exposition au poison, d'autres fois survenant tardivement, tantôt sans cause déterminante, tantôt déterminée par un excès de boissons, une indigestion, quelquefois même un refroidissement.

Elle peut débuter subitement sans prodromes ; elle peut être amenée par des prodromes : goût métallique dans la bouche, nausées, vomissements, inappétence, langue saburrale, constipation, céphalalgie, douleurs dans les membres.

Grisolle, dans son *Traité de pathologie interne*, en a fait une magistrale description : « La maladie déclarée, les individus éprouvent une douleur plus ou moins vive, siégeant ordinairement à l'ombilic, mais souvent à l'épigastre ou à l'hypogastre ; cette douleur occupe parfois plusieurs de ces régions à la fois ; elle s'irradie même vers les lombes, les parties génitales ; elle est continue, sujette à des exacerbations irrégulières, pendant lesquelles les malades sont dans la plus grande anxiété ; leurs yeux se cavent, la figure se grippe ; ils poussent des cris lamentables, se roulent dans leur lit et prennent les positions les plus bizarres pour se soulager. Beaucoup se couchent, surtout à plat ventre, appuyant souvent leurs poings sur l'abdomen ; car un des caractères les plus remarquables de cette douleur est d'être calmée par la pression. Les muscles abdominaux, spécialement les muscles grands droits, sont le siège d'une hyperesthésie. Le tiers des malades a le ventre plus ou moins rétracté ; chez les autres, l'abdomen a sa forme ordinaire ; la rétraction se voit surtout dans les coliques violentes.

» Tous les malades sont constipés, et cette constipation est le plus souvent opiniâtre. Plus des trois quarts d'entre eux ont des nausées, suivies chez la plupart de vomissements, tantôt aqueux, presque toujours bilieux, amers et d'un vert porracé.

» La langue est nette et le plus souvent blanchâtre, la soif variable, l'appétit complètement nul ; la sécrétion urinaire est presque toujours diminuée. »

Suivant M. Potain, le foie est rétracté, revenu sur lui-même, mais il reprend son volume normal pendant la convalescence ; le plus souvent, il existe des douleurs dans d'autres parties du corps.

« Au milieu de ces souffrances si vives, la peau conserve sa température et le pouls sa fréquence normale ; souvent même il est plus lent que de coutume. En un mot, la colique de plomb est une affection tout à fait apyrétique. »

L'état particulier du système circulatoire est intéressant à noter. Le pouls est dur et lent ; « on dirait, suivant l'expression de Stoll, d'un fil de fer fortement tendu ». La tension artérielle est nettement exagérée ; elle s'abaisse, la colique passée, sans tomber au-dessous de la normale. Pendant la colique, le tracé est caractérisé » par une pulsation très longue, offrant une ligne ascensionnelle courte, légèrement inclinée et un sommet avec deux, quelquefois trois rebondissements, le second, généralement plus accentué que le premier, constitue le sommet de la pulsation » (Laveran et Teissier).

L'examen du sang montre un état particulier dont nous parlerons dans un chapitre spécial.

En dehors de ce syndrome classique, la colique de plomb présente de nombreuses variantes donnant lieu à un certain nombre de formes cliniques. Bernard, dans sa thèse, a décrit, avec observations à l'appui, ces formes de la colique saturnine tenant les unes à sa durée, les autres à la prédominance d'un symptôme normal ou à l'existence d'un symptôme anor-

mal, d'où des formes aiguës ou chroniques, généralisées ou localisées.

Parmi ces *formes localisées*, c'est-à-dire celles dans lesquelles la douleur spontanée ou provoquée siège d'une façon exclusive ou nettement prédominante en un point localisé de l'abdomen, la plus importante est la *forme iliaque* dans laquelle les symptômes sont localisés, siégeant au niveau de la fosse iliaque droite et rendent le diagnostic avec l'appendicite quelquefois extrêmement difficile.

§ 2. — Symptomatologie de l'appendicite

L'appendicite se manifeste cliniquement sous des aspects variables suivant la nature des complications péritonéales qui l'accompagnent, suivant que la péritonite est circonscrite ou qu'elle se généralise.

Le début est variable, tantôt brusque avec frissons, élévation de température, vomissements bilieux, tantôt insidieux avec fièvre légère, quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, de la constipation et un état nauséeux.

L'appendicite, dans sa forme légère, est caractérisée par la douleur dans la fosse iliaque droite spontanée et à la pression, les nausées, les vomissements. Le maximum de la douleur est au point de Mac Burney ; de là partent des irradiations dans tout l'abdomen. Cette douleur est exagérée par la pression du doigt ; on sent le muscle droit du côté correspondant se contracturer sous la main qui cherche

l'appendice. La peau est très hyperesthésiée : il suffit de la frôler pour provoquer une sensation de brûlure. Au bout de quelques heures, les douleurs cessent ainsi que les vomissements, et, d'ordinaire, le malade va bientôt à la selle : telle est la *colique appendiculaire* de Talamon.

D'autres fois, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, à la suite d'une rémission des douleurs, on observe l'apparition d'un *plastron* dans la fosse iliaque droite ; la constipation persiste, le ventre se ballonne, les douleurs se localisent à la région appendiculaire et la palpation, au point de Mac Burney, réveille de vives douleurs en même temps qu'elle fait percevoir une plaque indurée de plus en plus large. La main qui palpe la région appendiculaire provoque la contraction réflexe du muscle droit correspondant. Dès le cinquième ou sixième jour, les dimensions du plastron diminuent, la température s'abaisse au-dessous de 38 degrés, les douleurs s'apaisent, le malade rend des gaz et la constipation cesse.

Cette terminaison, par résolution, n'est pas constante et alors on assiste à la formation d'un *abcès péri-cœcal ;* la fièvre reste élevée ou s'élève encore à 40 degrés, le pouls devient rapide, le facies se grippe. Au niveau de l'arcade crurale apparaît souvent un léger œdème de la paroi. La collection purulente, une fois enykstée, la fièvre cesse ; au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure apparaît une voussure, la percussion dénote de la matité à ce niveau ; la palpation ne donne pas de

fluctuation, mais une consistance molle ; l'appendicite est alors justiciable de l'intervention chirurgicale.

L'appendicite avec péritonite généralisée peut succéder à la forme précédente ; les symptômes s'aggravent progressivement et bientôt apparaît une hyperesthésie de tout l'abdomen avec ballonnement du ventre, des vomissements, du hoquet.

Dans la péritonite généralisée d'emblée, consécutive à la perforation de l'appendice, le malade ressent, dans la fosse iliaque droite, une douleur violente en coup de pistolet ; la paroi abdominale contracturée prend la dureté du bois, la température s'abaisse, le pouls augmente de fréquence. Le ventre se ballonne, des vomissements surviennent d'abord bilieux puis porracés, les urines se suppriment et le malade succombe dans le collapsus et l'algidité quelquefois en très peu de temps.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

On sait combien souvent le diagnostic de l'appendicite est délicat et combien les symptômes cliniques, même bien étudiés, induisent souvent en erreur.

L'existence d'une douleur dans la région appendiculaire ou mieux l'existence d'un point cœco-appendiculaire accompagné de fièvre moyenne, de résistance des muscles grands droits de l'abdomen, d'accélération du pouls, de vomissements, ne sont pas des symptômes suffisants pour asseoir le diagnostic et motiver une intervention chirurgicale ; à plus forte raison, quand il s'agira de diagnostiquer l'appendicite qui se dissimule sous les apparences de la colique de plomb ou encore de surprendre cette appendicite au moment où elle s'installe en pleine colique de plomb. En d'autres termes, il y a pour nous intérêt de premier ordre à ne pas ranger sous la rubrique « colique de plomb » toute douleur abdominale survenant chez un saturnin. Le traitement appliqué d'ordinaire à ce genre d'affection causerait, en cas d'erreur, une catastrophe inévitable.

En se reportant aux observations publiées à la fin de ce travail, on voit qu'en pratique trois cas peuvent se présenter :

1° L'appendicite se présente avec des phénomènes douloureux un peu diffus et dont le maximum cœcal est difficile à percevoir et simule la colique de plomb ; le diagnostic est impossible à trancher au premier abord et parfois même pendant toute l'évolution morbide. Tel est le cas rapporté par Sergent (obs. I). Un peintre en bâtiments présentant les stigmates du saturnisme chronique (liseré saturnin, coliques de plomb antérieures) est atteint brusquement de douleurs abdominales violentes qu'il reconnaît lui-même pour des coliques de plomb et qui s'accompagnent d'un cortège symptomatique tellement classique, que le diagnostic ne saurait laisser de doute dans l'esprit du médecin. Or, cet homme est atteint d'appendicite suraiguë et meurt sans qu'aucune raison plausible ait pu permettre de soupçonner l'existence de la péritonite généralisée. Sans doute, le vomissement verdâtre, porracé, qui a immédiatement précédé la syncope terminale, aurait pu faire songer à la péritonite bien qu'il ne soit pas en contradiction avec la colique de plomb, mais il eût été nécessaire pour cela qu'il se produisit plus tôt qu'à la minute même de la mort.

Il est vrai que nous voyons là un cas exceptionnel ; nous n'en n'avons pas trouvé d'autre de rapporté dans la littérature médicale;

2° Une deuxième catégorie de cas est plus

fréquente. La colique saturnine a son maximum de douleurs dans la région cœco-appendiculaire et simule l'appendicite ; l'opération et pratiquée ; on trouve l'appendice sain et on voit parfois les mêmes accidents recommencer après l'intervention chirurgicale. Dans le cas de Florand (obs. IX), on pratique l'ablation de l'appendice à la suite d'un syndrome en apparence appendiculaire ; l'année suivante, le même syndrome se reproduit et on découvre que la malade est une intoxiquée saturnine chronique ; il s'agissait, la première fois comme la deuxième, d'une colique de plomb. Dans un autre (obs. VIII), le malade fut opéré pour un syndrome douloureux abdominal diagnostiqué appendicite absolument semblable aux coliques de plomb qu'il avait eues auparavant et à celles qu'il eut depuis.

Dans ces différents cas, la colique de plomb se présente avec des symptômes un peu particuliers, localisés plus ou moins à la fosse iliaque droite et simulant l'appendicite ; ce n'est autre chose qu'une forme localisée de la colique saturnine sur laquelle Bernard, dans sa thèse, a appelé l'attention.

En outre, il n'est pas douteux que, dans plusieurs cas, il ne faille pas attribuer ces manifestations douloureuses à des altérations du plexus solaire et penser alors au syndrome désigné d'une façon générale par M. Lœper sous le nom de *cœlialgie*. Laignel-Lavastine, dans sa thèse sur le plexus solaire, Mosse, à la suite d'expériences sur des chiens et par des recherches anatomo-pathologiques, ont montré que l'intoxication

saturnine aiguë expérimentale, que l'intoxication chronique chez l'homme déterminaient des lésions de ce plexus, soit interstitielles, soit parenchymateuses. Rien d'étonnant alors à ce que l'ablation de l'appendice n'amène pas la disparition de ces manifestations. Cette cœlialgie, simulant l'appendicite, est apyrétique; observant le malade de façon précoce, si l'on cherche à localiser la douleur, on réveille l'hyperesthésie profonde au point mésentérique supérieur (primitivement point para-ombilical droit de MM. Lœper et Esmonet), elle manque aux points viscéraux (points de Mac Burney et de Lanz) ; du côté gauche, la douleur peut exister et parfois à tous les points sympathiques de l'abdomen. Cette cœlialgie disparaît par le traitement antispasmodique (belladone, bromure de camphre, grands bains chauds, alitement).

3° Enfin, un saturnin chronique peut faire alternativement des crises de colique de plomb et des crises d'appendicite, l'empoisonnement chronique par le plomb pouvant déterminer un état morbide de l'intestin qui prédispose à l'appendicite ; quelquefois même on peut observer un syndrome mixte, à la colique de plomb venant s'ajouter une crise appendiculaire.

Quelle que soit la variété d'appendicite observée, ces faits comportent un enseignement pratique de grande valeur : la difficulté et la nécessité d'établir chez un saturnin avéré le diagnostic entre la colique de plomb et l'appendice. Comme le fait remarquer M. le Dr Sergent, « la difficulté du diagnostic a sa

cause principale dans la notion de profession du malade ; cette donnée, en effet, exerce une influence attractive sur l'esprit, elle appelle *a priori* l'idée de la colique de plomb, et si le médecin n'est pas averti ou s'il n'est pas tenu en éveil, il n'a même pas la pensée de songer à l'appendicite. Or, l'erreur, en pareil cas, peut avoir les plus graves conséquences ; il est donc nécessaire de l'éviter ; c'est qu'en effet les indications thérapeutiques qu'il faut remplir en présence d'un cas de colique de plomb sont précisément les contre-indications qu'il convient d'observer dans le traitement de l'appendicite ; là les évacuant, les drastiques, les diurétiques et le lait en abondance, ici le repos, l'immobilité du malade et de son intestin, la diète absolue. »

L'appendicite et la colique de plomb présentent des symptômes communs : de part et d'autre on observe des douleurs, des vomissements, de la constipation. Sur quoi peut-on s'appuyer pour faire le diagnostic entre ces deux affections ?

La difficulté sera grande si l'on a affaire à une appendicite suraiguë par perforation d'emblée ; la douleur ne présente rien de spécial, elle est généralisée à tout l'abdomen ; le ventre est à peine ballonné ; la température est normale : ce sont là les signes de la colique de plomb ; mais il y a cependant certains caractères qui éveilleront l'attention : l'aspect et l'odeur fécaloïde que présentent rapidement les vomissements, la forme du pouls si différent dans l'un et l'autre cas : ici plein, dur, lent ; là petit, fuyant, rapide.

Dans les autres formes d'appendicite, le diagnostic sera plus facile; question de degrés mise à part, on retrouve les mêmes signes : comparons-les à ceux que fournit la colique saturnine. Il ne faudra pas se baser uniquement sur la profession du malade, sur la présence du liseré saturnin, ou sur ses affirmations de colique de plomb, mais surtout de l'examen attentif des symptômes abdominaux.

La *douleur* est ici généralisée ; s'il est un point où elle soit plus marquée, c'est autour de l'omblic et au niveau de l'épigastre ; la pression large et profonde calme cette douleur. La sensibilité, exquise au point de Mac Burney, est la caractéristique de l'appendicite, la pression exaspère la douleur, d'autant plus vivement qu'elle s'exerce plus profondément.

Les *vomissements* sont fréquents, répétés, bilieux, porracés dans la crise saturnine ; ils sont plus espacés, plus rares, quelquefois fécaloïdes dans les lésions appendiculaires.

La *constipation* est certainement moins opiniâtre dans l'appendicite que dans la colique de plomb ; l'émission de quelques gaz, parfois même une légère diarrhée se rencontre dans l'appendicite.

La forme du ventre est différente : plat, rétracté même dans la colique de plomb, l'abdomen est ballonné dans l'appendicite.

Il y a *hyperthermie* dans cette dernière affection. « Le mouvement fébrile, dit Tanquerel des Planches, n'existe point dans la colique de plomb, à moins

qu'il n'y ait quelque complication inflammatoire ou organique. »

La différence de la forme *du pouls*, dans les deux affections, constitue un autre point de diagnostic fort important : dans la colique de plomb il est lent, d'une lenteur vraiment caractéristique ; de plus, il est dur, « d'une dureté, dit Tanquerel, qu'on ne l'observe ainsi dans aucune autre maladie ». C'est loin d'être le pouls rapide, petit, fuyant des affections de l'appendice.

Le diagnostic de la colique de plomb sera basé sur l'absence du point de Mac Burney avec ses caractères qui en font un signe pathognomonique, — empâtement de la région, défense localisée de la paroi, — sur la lenteur et la tension du pouls, sur la diminution de la matité hépatique (quand elle existe), sur la précocité et l'apparence porracée immédiate des vomissements, sur l'absence ordinaire de fièvre. Toutefois, il faut reconnaître qu'aucun de ces symptômes n'est réellement pathognomonique et qu'une certitude ne peut être tirée que de la réunion de plusieurs d'entre eux.

Par contre, chez un saturnin, on devra penser à l'appendicite si, au cours d'une colique de plomb, on voit le tableau clinique changer et présenter les modifications suivantes : accélération du pouls pendant que la température monte à 39 degrés ou au-dessus, ballonnement du ventre qui devient douloureux à la plus légère pression, douleur localisée au point de Mac Burney avec défense musculaire à ce niveau, mauvais état général, etc.

Il faudra encore avoir l'esprit en éveil chaque fois qu'un traitement, en apparence approprié, au lieu d'amener une accalmie, aura aggravé la situation.

Dans une réunion de la Société médicale des hôpitaux, M. Galliard proposait, dans les cas hésitants, d'avoir recours au lavement électrique : « J'ai traité, disait-il, avec succès,la colique de plomb par le lavement électrique. Dans les cas si fréquents où nous aurons à lutter contre la parésie de l'intestin, l'étude des résultats fournis par ce procédé de traitement donnera des renseignements utiles. »

C'est un procédé qui paraît dangereux ; provoquer des contractions intestinales, quelquefois énergiques, au moyen du lavement électrique, c'est aller à l'encontre du traitement médical adopté à l'heure actuelle par tout le monde dans les cas d'appendicite, traitement qui consiste dans l'immobilisation absolue de l'intestin. Pour peu que les parois intestinales soient altérées, cette contraction provoquée ne pourrait-elle pas faire risquer des accidents ? Dans l'observation que M. Legendre rapportait à la Société médicale des hôpitaux (obs. III),nous voyons une crise d'appendicite succéder à une colique de plomb, et M. Legendre se demandait si l'emploi des purgatifs drastiques, administrés pour combattre la constipation des malades supposés atteints de colique de plomb, n'avait pas eu une influence sur le développement de phénomènes intestinaux aboutissant en fin de compte à une appendicite.

CHAPITRE IV

EXAMEN DU SANG

Nous avons vu dans le chapitre précédent que, dans certains cas, l'étude attentive des antécédents du saturnin, des symptômes qu'il a présentés et de leur localisation, l'état du pouls et de la température permettaient de trancher le diagnostic. Mais, quelquefois, il peut y avoir doute dans l'esprit du médecin ou du chirurgien pour se prononcer en faveur d'une appendicite ou d'une colique de plomb pure. Il nous semble qu'alors l'examen du sang pourra rendre de grands services.

Il y a quelques années, dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux, M. Lamy disait : « Il serait à souhaiter que l'on songeât plus souvent dans les cas de ce genre (difficultés du diagnostic) à mettre à profit ce fait signalé par M. Hayem, il y a longtemps, que toute réaction péritonéale, si légère soit-elle, s'accompagne de leucocytose. »

Silhol, dans sa thèse, a montré avec de nombreuses observations à l'appui, que dans les formes communes d'appendicite, formes de folliculite et formes à collec-

tion suppurée, la réaction de la séreuse existe toujours à un degré quelconque ; la leucocytose, portant principalement sur les polynucléaires, dépasse habituellement 15.000 à 16.000 globules blancs et peut atteindre jusqu'à 20.000 et 30.000.

De nombreux travaux, en France et à l'étranger, ont également montré cette constance de l'hyperleucocytose dans l'appendicite : « Il est absolument démontré que dans la très grande majorité de toutes les formes de périty phlite, dès le début, il existe une augmentation du nombre des leucocytes (Cürschmann (1). Au Congrès de Bruxelles, (sept. 1902). Sonnenburg, relatant les travaux de son élève Teddermann, concluait : « La réaction du péritoine amène une augmentation notable du nombre des leucocytes du sang, dans toutes les formes tant légères que graves. » Enfin, Cazin (2), dans plusieurs centaines de cas, observa que « dans les formes bénignes qui se sont terminées par résolution, on voit souvent le nombre des globules blancs atteindre pour 1 millimètre cube de sang 15.000 et même 18.000 ou 20.000 au deuxième, troisième ou quatrième jour ; mais cette augmentation est passagère ; lorsqu'il doit y avoir une suppuration, au contraire, cette augmentation persiste et s'exagère ».

Dans la colique de plomb, au contraire, Sabrazès (3), Achard et Loeper (4) ont montré, outre la

1. *Münchener med. Wochenschr.*, 1901.
2. Congrès de Chirurgie. Paris, 1902.
3. *Journal de Phys. et Path. générales*, 1901.
4. Biologie, 1901.

présence d'hématies à granulations basophiles, l'absence de leucocytose, l'augmentation apparente des lymphocytes surtout chez les saturnins intoxiqués de longue date.

On ne doit donc pas négliger ce moyen si simple de diagnostic, la numération des globules blancs, soit pour confirmer l'existence d'une appendicite, soit pour trancher la question dans un cas embarrassant. Si, dans plusieurs examens successifs, le chiffre des leucocytes reste égal ou inférieur à la normale, on est fondé à mettre en doute le diagnostic d'appendicite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée par le Dr Sergent, *Presse médicale*, 1899.)

Appendicite prise pour une colique de plomb

Il y a cinq ans, en mars 1894, on apportait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher dont j'étais l'interne, un peintre en bâtiments souffrant depuis la veille de douleurs atroces dans le ventre. La visite venait de se terminer, j'étais seul dans la salle. Je m'approchai du malade, et, avant même que j'eusse le temps de l'examiner, il me dit : « C'est des coliques de plomb, j'en ai déjà eu il y a deux ans, je sais ce que c'est ; piquez-moi à la morphine. »

Je l'examinai : faciès anxieux et pâle, couvert de sueurs froides, lèvres pincées et blêmes, yeux excavés, langue sèche mais propre, liséré saturnin des plus nets sur les gencives ; pouls serré, tendu, presque filiforme, mais parfaitement régulier ; ventre nullement ballonné fortement contracté ; douleurs violentes dans tout l'abdomen sans prédominance en aucun point, exagérées par le moindre attouchement et légèrement atténuées par une pression prolongée au niveau de l'ombilic; pas de fièvre, plutôt hypothermie (36°6) ; rien au cœur ni aux poumons.

Voilà bien le syndrome classique de la colique de plomb ; aucun doute n'est possible, étant donné surtout la profession du malade et l'avertissement dont il avait cru devoir m'éclairer : « J'en ai eu il y a deux ans, je sais ce que c'est. » Je me rendis donc à son désir avec d'autant plus de bonne volonté que je réalisais ainsi la plus urgente, la plus opportune des médications thérapeutiques : je le piquai à la morphine ; puis je prescrivis le repos complet, le lait, le miel soufré, un purgatif pour le lendemain matin et l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre, me réservant de recourir de nouveau à la morphine si besoin en était.

Très soulagé à la suite de sa piqûre de morphine, le malade s'endormit pendant une bonne heure, rendit à son réveil et sans souffrances une centaine de grammes d'une urine claire et ne contenant aucune trace d'albumine, émit plusieurs gaz par l'anus mais n'eut aucune selle.

Vers la fin de l'après-midi, les coliques le reprirent avec la même violence et il vomit deux fois en une heure le lait qu'il venait de prendre. Le pouls restait régulier, serré, tendu. Dans la soirée, en raison de l'intensité des coliques, je dus faire une seconde piqûre de morphine. La nuit fut assez bonne, le malade dormit un peu et se plaignit moins.

Quand M. Gaucher le vit le lendemain matin, il confirma le diagnostic de coliques de plomb et fit continuer le traitement prescrit la veille. Le malade semblait beaucoup mieux déjà et nous étions en droit d'attendre une guérison prochaine. Or, vers trois heures de l'après-midi, on m'envoya chercher en toute hâte au laboratoire ; la malade venait de vomir à pleine bouche un liquide verdâtre, sa tête était retombée sur l'oreiller, la face était exsangue, les yeux « retournés dans

l'orbite ». le pouls était imperceptible. J'essayai par tous les moyens de le ranimer (éther, caféine, tractions rythmées de la langue), rien n'y fit, il mourut dans sa syncope.

L'autopsie devait nous révéler une véritable surprise et nous donner l'explication de cette terminaison imprévue ; un liquide louche (véritable bouillon sale) fusait entre les anses intestinales, et cette péritonite généralisée avait son origine dans une appendicite gangréneuse ; l'appendice était perforé en deux endroits, complètement libre et dépourvu d'adhérence : cette colique de plomb n'était qu'une appendicite suraiguë, perforante !

OBSERVATION II (Résumée)

(Rapportée par M. le Dr Legendre, Soc. méd. des hôp., 1899.)

Un homme de quarante-six ans, ouvrier plombier, ayant un liseré saturnin des plus nets, ayant eu plusieurs fois des coliques de plomb et même de la parésie des extenseurs des mains, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales diagnostiquées coliques saturnines par le médecin de la ville, comme par le patient lui-même.

L'interne qui examina d'abord le malade fit le même diagnostic, mais il constata que si les douleurs spontanées étaient assez diffuses autour de la région ombilicale, la douleur à la pression était nettement localisée dans la fosse iliaque droite et au point de Mac Burney, qu'outre les vomissements et la constipation il y avait une fièvre légère, 38 degrés, 38°5 et que le pouls était rapide. Il soupçonna l'appendicite, et au lieu d'ordonner de suite le traitement des

peintres, il eut la sagesse de ne prescrire que la diète lactée et la glace sur le ventre.

Quand je vis le malade, je partageais cette opinion et je fis supprimer même le lait.

L'évolution fut celle d'une appendicite légère, et la guérison s'accomplit parfaitement sans purgatifs, ce qui me paraît un argument de plus contre la colique saturnine qui ne cède guère qu'au balayage de l'intestin, et en faveur de l'appendicite.

OBSERVATION III (Résumée)

(M. le Dr Legendre, Soc. méd. des hôp., 1899.)

H..., vingt-cinq ans, employé au broyage des couleurs (minium) depuis un an seulement; a déjà eu une crise de colique de plomb.

Entre le 26 mai 1899 pour une crise de coliques intenses, ayant débuté il y a trente-six heures après avoir été précédée de quelques jours de constipation.

Douleurs généralisées à tout l'abdomen; ventre dur, tendu, plutôt mat que météorisé; une pression d'intensité moyenne est douloureuse, une pression profonde, même exercée sur la fosse iliaque droite, atténue la douleur. Depuis hier, le malade a eu plusieurs vomissements verdâtres; il n'a pas été à la selle depuis quatre jours, mais il rend des gaz par l'anus; langue humide avec un léger enduit blanchâtre; liseré de Burton très accentué; visage très pâle; foie plutôt petit; urines rares ne renfermant pas d'albumine.

Pouls dur, tendu, excessivement lent (42 pulsations).

Température rectale : 37°2.

L'ensemble de ces symptômes, que d'ailleurs le malade déclare identiques à ceux qu'il a éprouvés lors de sa première crise, ne permet pas d'autre diagnostic que celui de *colique saturnine*. On administre le lavement des peintres et on fait une injection de morphine.

27 mai. — Le malade, dont la douleur n'a été calmée que passagèrement par la morphine, recommence à souffrir ; il n'a pas eu de selles et a eu plusieurs vomissements verdâtres. Pouls toujours lent. Température 37 degrés. Eau-de-vie allemande 15 grammes et nouveau lavement des peintres.

28 mai. — Abondante débâcle de matières fécales ; mais le malade n'éprouve qu'une détente passagère. La température s'élève jusqu'à 39°4 en même temps que le pouls s'accélère (104) en devenant petit. Les vomissements qui avaient cessé recommencent. Les douleurs et l'aspect du ventre se modifient : abdomen ballonné, douloureux à une pression même superficielle, douleur nettement circonscrite à la région hépatique et à la fosse iliaque droite. Hoquets très fréquents. Subictère aux conjonctives. Aucun plastron, pas de submatité. Je commence à *soupçonner une localisation appendiculaire*. Dans le doute, je fais cesser toute médication purgative : repos absolu au lit, glace sur le ventre, diète hydrique, morphine.

29 mai. — La température est tombée à 36°8, le pouls est toujours petit à 86, les vomissements continuent. La douleur n'existe plus au niveau de la région hépatique ; la fosse iliaque droite est toujours le siège de douleurs spontanées et le maximum de douleur à la pression est très nettement au point de Mac Burney. Il existe à ce niveau une défense

musculaire très acentuée, tandis que le reste de l'abdomen, modérément météorisé, est facilement dépressible. Pas d'empâtement ni de gâteau. Le soir, la température remonte à 37°4.

30 mai. — Température au matin 38°2, soif vive, bouche pâteuse. Pouls 98. Hoquets et vomissements disparus; quelques nausées ; pas de selle depuis deux jours : gaz par l'anus.

Je fais appel à mon collègue de chirurgie, M. Chaput, pour contrôler le diagnostic d'appendicite que j'ai porté ferme. Celui-ci constate une localisation très nette de la douleur au point de Mac Burney ; il admet si bien le diagnostic d'appendicite qu'il conseille au malade de l'opérer. Celui-ci n'y consent pas et je dois dire que je ne me sens pas en droit de l'y pousser énergiquement, ne jugeant pas le cas urgent et demeurant partisan des interventions faites plutôt en dehors des crises. Le traitement médical est continué. Température le soir 37°8.

31 mai. — Pouls 80. Température 37°4. Plus de douleurs spontanées ; la douleur au palper persiste toujours au lieu d'élection avec défense musculaire.

Les jours suivants, la température revient à la normale, les douleurs sont très légères à la pression ; la convalescence suit son cours régulier. L'alimentation est reprise lentement. Le malade quitte le service dans les premiers jours de juin, toute douleur ayant disparu.

OBSERVATION IV

(Publiée par M. le Dr Sergent, *Presse méd.*, 1899.)

Albert B..., vingt-deux ans, entre salle Magendie le 22 juillet 1898, exerce la profession de peintre en bâtiment depuis

l'âge de quinze ans et n'a encore présenté aucun accident de saturnisme.

Il y a trois semaines, en sortant de table, il est pris brusquement d'une douleur abdominale violente, généralisée à tout le ventre, mais plus intense à l'hypogastre et dans la région de la fosse iliaque droite. Cette douleur s'atténue momentanément puis devient paroxystique et tenace. En même temps surviennent des nausées suivies de vomissements bilieux très abondants et d'évacuations diarrhéiques. Un médecin est appelé et ordonne le repos au lit, l'application de cataplasmes et un purgatif à l'eau-de-vie allemande. Ce traitement est suivi d'une amélioration rapide et au bout de huit jours, le malade reprend son travail. Mais quelques jours après, une nouvelle crise semblable à la première se déclare et le malade rentre à l'hôpital.

22 juillet. — Malade pâle, amaigri ; liséré saturnin des plus nets ; facies anxieux ; tout l'abdomen est douloureux sans localisation bien nette ; la langue est humide et blanche, l'haleine forte ; le pouls est dur et lent ; la température marque 36°8. M. Léon Bernard, interne du service, qui voit le malade, porte le *diagnostic de coliques de plomb* et institue le traitement de la Charité.

23 juillet. — Le lendemain matin, en arrivant auprès du malade, mon attention est attirée par une cuvette remplie de matières liquides et verdâtres qu'il vient de rendre : je lui demande où il souffre et il me montre sans hésiter sa fosse iliaque droite ; j'examine cette région.

La palpation est douloureuse et provoque la contraction du grand droit de l'abdomen ; le maximum de douleur siège au point précis de Mac Burney, mais tout l'abdomen est dou-

loureux. La douleur est continue mais présente des paroxysmes survenant spontanément ou sous l'influence de la palpation. Le ventre est très légèrement ballonné, la percussion de la fosse iliaque droite donne une submatité légère, mais on ne perçoit, en palpant, aucun empâtement.

Pouls dur, tendu, régulier (85 pulsations). Température 37 degrés.

En présence de cet état, particulièrement des constatations recueillies dans la fosse iliaque droite, des rechutes progressives qui ont marqué le début de la maladie, de la brusquerie initiale de la douleur, je fais des réserves sur le diagnostic ; j'hésite à accepter d'emblée l'idée d'une simple colique de plomb et je songe à *la possibilité d'une appendicite*. En conséquence, j'interrompts le traitement de la Charité et j'ordonne : glace sur la fosse iliaque droite, diète, etc.

25 juillet. — Le facies est anxieux, grippé, les yeux excavés, le nez effilé ; la diarrhée persiste ; il n'y a pas de vomissements ; le malade souffre moins, mais la palpation de la région iliaque est toujours douloureuse. Température 38°5. Pouls 130, toujours régulier et tendu.

Le diagnostic d'appendicite paraît de plus en plus probable et bien que le traitement médical semble ici suffisant, pour le moment du moins, je fais appeler M. Arrou qui partage mon opinion sur le diagnostic et est également d'avis qu'il n'y a pas lieu d'intervenir actuellement ; on continue la glace et l'opium.

Les jours suivants, les phénomènes douloureux s'amendent, la diarrhée disparaît, la température revient presque à la normale, l'état général est satisfaisant. Le malade reste cependant au régime lacté.

15 août. — La palpation de la fosse iliaque droite, ne provoquant plus aucune douleur, on retire la glace et on permet des œufs, des potages et un peu de pain.

Le malade semble guéri, lorsque le 23 août survient une nouvelle crise douloureuse, accompagnée d'une légère élévation de température ; on institue à nouveau le régime de la crise précédente : glace, opium, régime lacté. Les jours suivants, les symptômes s'accentuent à nouveau, le faciès se grippe, le ventre se ballonne, la température monte à 38°4, le pouls bat à 105. La palpation de la fosse-iliaque droite provoque une douleur très vive au point de Mac Burney ; la percussion est douloureuse et donne une zone de submatité correspondant à la région cœcale. M. Arrou, appelé de nouveau, décide d'intervenir dès que la poussée fébrile sera éteinte.

3 septembre. — *Opération.* — La fièvre est tombée, l'état général satisfaisant. L'opération est pratiquée par M. Arrou. Appendice libre, réséqué sans difficulté ; pas de collection purulente.

L'examen histologique, pratiqué par M. Letulle, a confirmé le diagnostic d'appendicite à forme folliculaire hypertrophique à évolution progressive, restée longtemps torpide et ayant procédé par poussées inflammatoires successives.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le Dr Malloizel.)

F..., vingt-quatre ans, entre le 16 février 1906 dans le service du Dr Œttinger à l'hôpital Broussais pour des douleurs abdominales s'accompagnant de vomissements. Il

travaille depuis le mois de novembre dernier dans une fabrique de couleurs vitrifiables à base de silicate de plomb : il y est occupé au broyage des couleurs qui se fait à la main avec un rouleau.

Dès le 15 novembre, apparaît une première crise douloureuse abdominale, très légère, s'accompagnant de vomissements.

21 décembre. — Se déclare une crise très violente. Il entre à l'hôpital en chirurgie où le Dr Potherat, malgré le liseré de Burton qui existait à ce moment, diagnostique une appendicite et pratique la laparotomie le lendemain. On trouve un appendice long, sans adhérence, avec un léger pointillé hémorragique de la muqueuse. Le jour même de l'opération, les douleurs disparaissent, mais reviennent le lendemain pour persister, atrocement violentes pendant quatre jours. Elles s'accompagnaient de vomissements et de constipation opiniâtre. Puis elles se calment et ne reviennent plus jusqu'à la sortie du malade (31 janvier).

Le malade reprend son travail mais doit s'arrêter de nouveau au bout de quelques jours, pour une autre crise moins violente qui dure cinq jours et s'accompagne aussi de vomissements et de constipation. Il recommence à travailler. L'appétit est normal et la santé est bonne jusqu'au 14 février, jour où commencent les accidents qui l'amènent à l'hôpital.

14 février. — Les douleurs réapparaissent le matin au réveil ; d'abord sourdes, elle augmentent rapidement et deviennent très aiguës au bout de deux heures environ. En même temps apparaissent des vomissements alimentaires au début, puis bilieux et verdâtres le soir du premier jour.

16 février. — *Examen.* — Individu robuste, nullement

amaigri, un peu pâle; on ne voit plus le liseré de Burton, mais, depuis l'opération, le malade se nettoie les dents tous les jours. Les douleurs sont continues et amènent à chaque instant des changements de position du malade. Il y a deux maximum de la douleur, à l'épigastre et autour de l'ombilic. La position qui soulage le plus le malade est la marche debout en renversant le tronc en arrière.

Le malade a rendu dans la nuit au moins deux litres de liquide franchement vert, glaireux, à réaction acide, sans débris alimentaires. Il a rendu fréquemment des gaz intestinaux qui le soulagent, mais la constipation est absolue depuis le début des accidents. Un lavement des peintres provoque cependant une selle.

Le ventre est souple, sans ballonnement ni rétraction; la palpation, peu douloureuse, semble, au contraire, quand elle est profonde, soulager un peu le malade (la veille, la palpation profonde exagérait plutôt les douleurs).

Température 37°2. Pouls dur à 64. T. A. : la veille au soir 15, le 16 au matin 25.

Les jours suivants, les douleurs sont moins fortes, mais le malade a été pris par trois fois d'accès convulsifs. La ponction lombaire permet de retirer un liquide hémorragique contenant de douze à quinze éléments blancs par champ. Le malade sort le 22 février.

OBSERVATION VI

(Communiquée par le Dr Malloizel.)

L..., trente ans, entre à l'hôpital Broussais, salle Delpech, pour des douleurs abdominales avec crises et constipation :

travaille au montage des accumulateurs depuis six ans ; a présenté, il y a quatre ans, des ictus.

Il y a trois ans, à la suite d'une période de constipation assez longue, il fut pris de crises de coliques très douloureuses, avec vomissements et constipation ; il resta trois semaines à l'hôpital. Depuis ce temps, il est ordinairement un peu constipé et a, par intervalles, de petites crises douloureuses durant très peu et ne l'obligeant pas à quitter son travail.

10 juillet. — Il commence à éprouver des douleurs abdominales sans localisation précise et comparables à des coliques mais avec maximum dans les fosses iliaques et à l'épigastre (douleur en barre) ; en même temps constipation. Ces douleurs augmentent progressivement et sont bientôt accompagnées de vomissements alimentaires.

14 juillet. — En quittant son service de nuit, et après une recrudescence des douleurs, il éprouve un impérieux besoin d'aller à la selle : évacuation très abondante, d'abord solide, puis liquide. Purgation. Les douleurs, d'abord un peu calmées, reprennent ensuite avec les mêmes caractères, mais sans vomissement. Le malade entre à l'hôpital le 17 juillet.

Examen. — Malade un peu pâle et ayant maigri, dit-il, depuis quelques jours ; constipation ; douleur spontanée dans tout l'abdomen avec exacerbation maximum dans toute la fosse iliaque droite. Ventre un peu ballonné mais souple ; pas de contracture. La palpation réveille la douleur surtout dans la fosse iliaque droite, mais sans maximum au point de Mac Burney; quelques gargouillements ; pas de tuméfaction ; on ne constate pas le liséré de Burton ; seul le tartre dentaire est un peu coloré en noir. Langue blanche et humide.

Température 36°8. Pouls tendu (fil de fer). Purgation.

18 juillet. — Le malade est allé à la selle : les douleurs abdominales ont un peu diminué ; le malade se sent mieux ; ventre moins ballonné, moins douloureux à la pression, mais maximum dans la fosse iliaque droite. Température 37°2-37°6 (elle reste normale pendant toute la maladie).

28 juillet. — Les douleurs abdominales ont presque complètement disparu ; il ne persiste qu'une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite. La palpation montre un ventre souple, mais réveille toujours une légère douleur dans toute la fosse iliaque droite. Le malade va bien à la selle.

Il quitte l'hôpital le 30 juillet.

OBSERVATION VII

(Prentiss Lord, *Journal of Amer. med. assoc.* avril 1899.)

L'auteur rapporte un cas où l'on crut à de l'appendicite avec une masse dans la fosse iliaque droite pouvant donner l'idée d'un abcès. Il y avait à l'opération des traces d'appendicite ancienne, mais les accidents actuels ne semblaient pas dus à l'appendicite. Le malade guérit après l'opération et l'on apprit qu'il était plombier, mais il portait des signes de saturnisme manifeste aux gencives. La tumeur devait être due à l'intestin grêle contracté.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Thèse de Bernard, obs. V.)

Homme de trente-deux ans, travaillant depuis trois ans à la fabrication de fausses perles dans lesquelles entre un composé

de plomb. A déjà eu plusieurs crises de coliques violentes.

En mars 1899, crise de coliques abdominales, sans prédominance du côté droit, absolument semblables, dit-il, à celles qu'il avait eues auparavant et à celles qu'il a eues depuis. Il entre dans un service de chirurgie où on diagnostique une appendicite et on procède à l'opération : *on ne trouve pas d'appendicite.* Le malade sort de l'hôpital guéri, vingt-deux jours après l'opération. Depuis, il a continué à avoir des coliques sourdes.

En janvier 1901, nouvelle crise de coliques violentes pour lesquelles il rentre à l'hôpital : douleurs exagérées à la pression, léger ballonnement de l'abdomen, pas de dermalgie, myosalgie des grands droits, pas de point de Mac Burney, constipation opiniâtre. Température normale. Pouls 76.

Évacuant doux (sulfate de magnésie, lavements, miel soufré), les selles se rétablissent rapidement, les coliques disparaissent. Le malade sort guéri onze jours après son entrée.

OBSERVATION IX

(Rapportée par le Dr Florand. Soc. méd. des hôp., 1903.)

Une jeune fille, sœur de médecin, est prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre, avec vomissements, facies abdominal, etc. Un chirurgien, mandé d'urgence, n'hésite pas à pratiquer la laparotomie et *trouve l'appendice et le péritoine absolument sains.*

Peu de temps après, la jeune fille, reprise des mêmes accidents, fait appeler un médecin qui, l'examinant avec

soin, lui trouve un liséré gingival caractéristique et apprend, en l'interrogeant, qu'elle peignait à la gouache et avait la mauvaise habitude de sucer ses pinceaux.

Le traitement de la colique de plomb, la suppression de la cause de l'intoxication eurent rapidement raison des accidents observés.

OBSERVATION X

(A. Mathieu, Soc. méd des hôp., 1903.)

Un jeune homme de vingt-cinq ans était entré à l'hôpital avec des douleurs abdominales prédominant vers la fosse iliaque droite, des vomissements. Par la pression, on provoquait de la douleur au point de Mac Burney et de la résistance musculaire dans toute la région cœcale. Il n'y avait pas de fièvre, mais la fièvre pouvait avoir existé et avoir disparu avant l'entrée à l'hôpital. Un de mes collègues, chirurgien, examina ce malade, confirma mon diagnostic, crut même trouver unpeu de fluctuation profonde et demanda à l'opérer : je résistai, il insista, je finis par céder.

A l'ouverture du ventre, pas de péritionite ; *l'appendice ne présente aucune lésion.* Je songeais alors, un peu tardivement, à la colique de plomb. Le malade était typographe et j'acquis la conviction qu'il s'était agi d'un cas de colique de plomb simulant l'appendicite.

OBSERVATION XI

(E. Apert, Soc. méd. des hôp., 1903.)

Il s'agit d'un jeune homme travaillant au sertissage des perles ; on emploie pour cela une pâte dans laquelle rentre

de la céruse, et chaque fois que cet ouvrier avait mis un peu trop de la composition, il avait l'habitude d'enlever l'excès d'un coup de langue.

Il présente un liséré saturnin incomplet mais incontestable ; à deux reprises, il a été atteint de crises douloureuses abdominales diagnostiquées appendicite. A la deuxième crise, l'opération à froid fut décidée : *l'appendice ne présentait rien de particulier*, et on s'attendait aux suites les plus normales ; aussi, fût-on étonné peu de jours après l'opération de voir revenir des douleurs abdominales dont la cause resta d'abord inexpliquée. Ces douleurs siégeaient maintenant du côté gauche de l'abdomen ; le ventre était dur à ce niveau, douloureux, mais la zone douloureuse ne dépassait pas la ligne médiane, Il y eut en même temps élévation de température, diarrhée fétide, puis, à la suite d'un traitement approprié, tout rentra dans l'ordre.

OBSERVATION XII

(Communiquée, par le Dr Malloizel.)

P..., peintre en bâtiments, entre le 22 avril 1905, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Mosny, pour des douleurs abdominales ; il est enduiseur depuis dix ans et n'a jamais eu d'accident saturnin.

Son état général est resté bon jusqu'il y a quatre mois ; à ce moment débutèrent brusquement des douleurs lombaires extrêmement vives, nécessitant un arrêt de son travail. Ces douleurs se reproduisirent périodiquement tous les huit jours durant un jour ou deux. En même temps apparurent

d'autres douleurs localisées cette fois dans les deux fosses iliaques et au creux épigastrique, sans aucune irradiation. Puis survinrent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux très fréquents. Depuis plus de trois mois, il n'y a guère de jours où il n'ait pas vomi. A la même époque, la constipation s'installa.

Malgré ces symptômes, il a travaillé pendant deux mois avec des interruptions multiples ; les deux derniers mois, il a dû s'arrêter complètement sans s'aliter cependant, sans suivre aucun traitement.

Huit jours avant son entrée, n'étant pas allé à la selle depuis huit jours, il fut pris d'une crise terrible de douleurs abdominales et dut s'aliter. Purgé par son médecin, il fut soulagé, mais la veille de son entrée éclate une crise plus violente que la première, accompagnée de vomissements incessants et très douloureux.

23 avril. — A l'examen, on est en présence d'un malade fatigué au teint légèrement terreux ; il présente très nettement le liséré de Burton, surtout au maxillaire supérieur ; le ventre est rétracté, la constipation absolue, l'anorexie complète. Les vomissements ont cessé. A la palpation, l'abdomen est douloureux partout, mais surtout dans les fosses iliaques.

Pouls dur, tendu, régulier à 80. T. A : 20. Température 37°8.

26 avril. — L'état est meilleur, les douleurs sont moins vives, mais se localisent à droite dans la région appendiculaire où on sent d'ailleurs le cœcum peu sensible à la pression. Le malade à eu deux selles. Le pouls, qui avait atteint 100, est descendu à 60, la tension artérielle est à 16.

28 avril. — Le malade à des selles quotidiennes spontanées, le ventre est souple et n'est plus rétracté.

... Les jours suivants, le malade se plaint d'une forte céphalée : jusqu'au 9 mai, il a eu des crises convulsives, jusqu'à trois dans la même journée.

29 mai. — La température est en hausse légère ; les douleurs abdominales, qui avaient reparu depuis trois jours, sont en régression ; on sent un léger empâtement dans la fosse iliaque droite. Le Dr Launay songe à une appendicite : l'opération à froid est décidée dans trois semaines.

3 juillet. — *Opération.* — On résèque un *appendice sain sans la moindre adhérence.*

20 juillet. — Guérison parfaite, plus de douleurs abdominales. Le malade a présenté, par la suite, de nouvelles crises convulsives.

CONCLUSIONS

I. — Une crise de colique de plomb survenant chez un saturnin chronique peut se présenter sous les apparences d'une crise appendiculaire : le diagnostic est alors quelquefois difficile lorsqu'il s'agit d'une forme localisée de colique de plomb.

D'autres fois, on observe un syndrome mixte, à la colique de plomb succédant une appendicite.

Il peut exister aussi un syndrome appendicalgique par suite de l'influence nocive du plomb sur le plexus solaire.

II. — Le diagnostic de la colique de plomb sera basé sur l'absence du point de Mac Burney avec ses caractères qui en font un signe pathognomonique — empâtement de la région défense musculaire — sur la lenteur et la tension du pouls, sur la diminution de la matité hépatique (quand elle existe), sur la précocité et l'apparence poracée immédiate des vomissements, sur l'absence de fièvre élevée.

III. — Toute réaction péritonéale s'accompagnant d'hyperleucocytose, la numération des globules blancs sera d'un précieux secours pour confirmer

l'existence d'une appendicite ou pour trancher la question dans un cas embarrassant.

IV. — Tant que le diagnostic restera douteux, le traitement devra être purement antialgique et immobilisateur.

Vu : le Président de thèse,
E. GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Lœper. — Les Globules blancs dans quelques intoxications (Soc. de Biologie, 1901).

Anghel. — Colique de plomb. Thèse de Paris, 1897.

Apert. — Soc. méd. des hôp., 1903.

Aymé. — Colique de plomb. Thèse de Paris, 1860.

Bernard. — Étude clinique de la colique de plomb. Thèse de Paris, 1901.

Brachet. — Traité pratique de la colique de plomb, 1850.

Charcot (J.). — In Manuel de Médecine de Debove et Achard, t. VII, art. Saturnisme.

David. — Appendicite et affections abdominales qui la simulent. Réactions sanguines. Thèse de Paris, 1903.

Deléarde. — Colique saturnine (Revue générale).

— Gaz. des hôp., 1899.

Dieulafoy. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.

— A propos du diagnostic de l'appendice (Pres. méd., 1899).

Faisnel. — Contribution à l'étude de la colique de plomb. Thèse de Paris, 1880.

Florand. — Soc. méd. des hôpitaux, mars 1903.

Galliot. — Saturnisme et appendicite. Thèse de Paris, 1899.

Grisolle. — Pathologie interne, t. II.

Guinard. — In Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu, t. VII, art. Appendicite.

Hermand. — Contribution à l'étude de l'intoxication par le

plomb et particulièrement du syndrome colique saturnine. Thèse de Lille, 1894.

Laignel-Lavastine. — Recherches sur le plexus solaire. Thèse de Paris, 1903.

Lamy. — Soc. méd. des hôp., 1903.

Laporte. — Appendicite et colique de plomb. Thèse de Paris, 1899.

Laveran et Teissier. — Manuel de Path. interne.

Legendre. — Soc. méd. des hôp., juin 1899.

Letulle. — In Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert, t. III, art. Saturnisme.

Manouvriez. — In Dictionnaire Jaccoud, art. Plomb.

Meillère (G.). — Saturnisme. Thèse de Paris, 1902.

Pouvert. — Contribution à l'étude de la colique de plomb. Thèse de Paris, 1897.

Prentiss (Lord). — Journal of Amer. med. assoc., avril 1899.

Renaut. — Intoxication saturnine. Thèse d'Agrégation. Paris, 1875.

Richardière. — In Traité Charcot, Bouchard et Brissaud, t. III.

Sabatier. — Rapports du saturnisme avec les affections chirurgicales. Thèse de Paris, 1877.

Sabrazès. — Journal de Phys. et Path. gén., 1900.

Sergent. — Presse médicale, mars 1899.

Silhol. — Examen du sang en chirurgie et particulièrement au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'appendicite. Thèse de Paris, 1903.

Tanquerel des Planches. — Traité pratique des maladies du plomb, 1839.

Tessier (J.). — Le Pouls dans la colique des peintres. Assoc. pour l'avancement des sciences, 1876.

Vaullegeard. — Colique de plomb. Thèse de Paris, 1885.

Weil (Mme). — Points douloureux abdominaux. Erreurs de diagnostic qu'ils comportent. Thèse de Paris, 1911.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1760-12